FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N° 800

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Daniel PLEU

né le 18 Novembre 1930 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 1962

CONSIDERATIONS SUR L'EVOLUTION DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE DANS UNE VILLE DE PROVINCE AU COURS DES CINQUANTE DERNIERES ANNEES.

Président : Mr. M. GAULTIER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR
Daniel PLEU

né le 18 Novembre 1930 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 1962

CONSIDERATIONS SUR L'EVOLUTION DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE DANS UNE VILLE DE PROVINCE AU COURS DES CINQUANTE DERNIERES ANNEES.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : Mr. M. GAULTIER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V°

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538114_0049

1-2-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. c. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, A ma Mère,

qui m'ont permis de suivre la voie
que j'avais choisie.
Toute ma reconnaissance et mon
amour filial.

A ma Femme et à ma Fille,

A tous mes Amis.

A Monsieur le Professeur M. GAULTIER
Professeur de Clinique Toxicologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
Thèse.

A mon Maître le Docteur Jean MORNET
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôtel Dieu de Blois.

Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse et m'a guidé au long de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour l'enseignement précieux que j'ai reçu de lui.

A Monsieur le Docteur E. de PARADES
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui, par son exemple et ses conseils
est père de ma vocation.

Mon affectueuse reconnaissance.

- I N T R O D U C T I O N -

La première moitié du XXème siècle a vu se produire des modifications profondes, sur le plan scientifique d'une part, et sur le plan social d'autre part.

La médecine qui procède de la science et s'intègre bien dans le social devait être fatalement entraînée par cette évolution.

Et - quoi qu'on en pense par ailleurs - on ne saurait nier que la médecine est actuellement "à un tournant". Ce virage est diversement apprécié. On a beaucoup écrit - et encore plus parlé - pour comparer la situation des médecins au début de ce siècle à leur situation cinquante ans plus tard.

Les circonstances nous ont permis de rapprocher des documents précis qui permettent des comparaisons entre la pratique des médecins au début de ces deux demi siècles.

Ces documents se rapportent à la ville de BLOIS, où nous avons accompli deux années d'internat. Il s'agit d'une ville d'importance moyenne, assez éloignée de la capitale et cependant placée dans son orbite, située sur une grande voie de communication, dotée d'une certaine autonomie sans verser dans le particularisme. Elle peut en quelque mesure être utilisée pour donner une idée approximative de l'évolution de la pratique médicale en France.

Les documents que nous apportons seront chiffrés chaque fois que ce sera possible. D'autres ne pourront l'être : en les exprimant nous affirmons cependant leur vérité, même si parfois ils sont capables de surprendre le lecteur.

-:-:-:-:-:-

- DEMOGRAPHIE MEDICALE -

BLOIS a subi en cinquante ans un essor d'importance moyenne dû au fait que cette ville est restée un lieu de tourisme sans présenter une industrialisation notable.

Sa superficie a augmenté de 50 °/₀. Sa population aussi : en effet, en 1905 on comptait 24.000 Blésois, on en dénombre aujourd'hui 32.000. L'augmentation est donc de 33 °/₀.

En 1905, 18 médecins s'étaient installés en ville. 14 étaient omnipraticiens, 4 s'étaient spécialisés. De ces spécialistes, deux étaient chirurgiens, l'un d'eux exerçant en même temps la médecine, les deux autres l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie, ces deux disciplines semblant avoir toujours été compatibles.

Nous mettrons à part la présence de deux psychiatres qui pratiquaient à l'asile aujourd'hui disparu.

Ainsi les spécialistes représentaient 22 °/₀ du corps médical.

Les sages-femmes étaient au nombre de quatre. Leur activité était considérable.

Cinquante ans plus tard, on trouve cinquante médecins en ville. La densité médicale a donc augmenté de 180 °/₀. Mais les généralistes ne sont que 17. Leur augmentation est de 21 °/₀ et ce pourcentage est légèrement inférieur à l'accroissement de la

population (33 °/₀).

Nous pouvons cependant négliger cette différence et conclure que la densité omnipraticienne est restée la même depuis le début du siècle.

Par contre, le corps des spécialistes n'offre pas les mêmes caractéristiques. Il existe 21 cabinets spécialisés soit une augmentation de 425 °/₀.

- Ils représentent maintenant 42 °/₀ du corps médical.
- Le nombre des chirurgiens a doublé.
- Les ophtalmologistes sont au nombre de 3 et leur activité ne s'étend plus à l'oto-rhino-laryngologie qui comptent trois représentants.
- L'augmentation n'est donc pas considérable, dans les branches préexistantes en 1905 (50 à 100 °/₀) et le chiffre total est dû à l'apparition des branches nouvelles liées à la multiplicité des techniques.

Cependant, reste 26 °/₀ de médecins qui forment une classe nouvelle, car elle n'existait pas au début du siècle : il s'agit des fonctionnaires qui sont au nombre de 13.

Ils occupent des postes divers touchant : le laboratoire départemental, les dispensaires, la sécurité sociale, l'hygiène scolaire et depuis peu BLOIS possède un psychiatre départemental, son absence étant jusqu'ici justifiée par l'absence d'hôpital psychiatrique départemental. Celui-ci a disparu en 1944 pour devenir un centre administratif.

Les sages-femmes, sans disparaître, ne sont plus que deux. Leur nombre a donc diminué de 50 °/₀ - Leur activité est notablement modifiée par le fait que leur clientèle privée est pratiquement inexistante. Elles sont employées à temps plein dans les cliniques. D'ailleurs celles-ci doivent, pour recevoir des parturientes avoir une sage-femme attitrée.

- L'HOTEL-DIEU DE BLOIS -

L'Hôtel-Dieu en 1905 possédait 309 lits dont la répartition se faisait ainsi :

Pour les hommes :

- lits de fièvreux 54
- lits de blessés 64
- lits de psoriques 18
- lits de syphilitiques 80
- lits de teigneux 15

Pour les femmes :

- lits de fièvreuses 24
- lits de blessées 17
- lits de teigneuses ou galeuses 10
- lits de syphlitiques 10
- lits de filles ou femmes enceintes 17

Le personnel médical se composait de deux médecins, deux chirurgiens, deux adjoints, un accoucheur et un élève interne.

Les malades reçus à l'Hôtel-Dieu étaient tous de condition très médiocre ; "aller à l'hôpital" était impensable dans bien des milieux. Aussi, les relations entre les praticiens et l'hôpital

étaient-elles inexistantes.

Aujourd'hui, les choses ont bien changé. Le public ne réagit plus de la même manière.

Certes, certaines classes sociales n'envisagent pas encore d'aller autre part qu'en clinique. Mais l'Hôpital a acquis une solide réputation en ce qui concerne les soins. Son équipement, son confort, attirent une clientèle de plus en plus nombreuse.

Son état-major se compose maintenant de 6 médecins, 4 chirurgiens, 12 spécialistes et 4 internes.

Il offre 359 lits soit :

- médecine 183
- chirurgie 91
- maternité 32
- prématurés 10

Il faut ajouter à ces chiffres 30 lits réservés aux militaires et un dépôt de 30 lits pour les enfants de l'Assistance.

Les praticiens ont, de ce fait, beaucoup plus de contacts avec l'Hôpital. Ils y envoient nombre de leurs malades ; ils restent en relation avec les chefs de service qui les tiennent au courant de ce qui a été fait.

L'Hôpital est devenu un complément de la pratique quotidienne, dans les cas obscurs ou dépassant les possibilités des soins à domicile. Bien souvent même, les malades sont envoyés seulement dans le but de subir à moindre frais des séries d'examens paracliniques ou radiologiques.

Avouons-le, l'Hôtel-Dieu reste aussi "la porte de sortie" pour le praticien en échec - et ce facteur est très important.

Il offre donc des possibilités locales très étendues.

Les accouchements faits à la maternité touchent une clientèle encore limitée. Cependant, la moyenne annuelle est de 516

accouchements, ce qui représente une augmentation de 600 °/₀ par rapport aux chiffres de 1905 où il en avait été pratiqué 82.

Ce pourcentage reste élevé, même si l'on tient compte de l'augmentation de la population - 33 °/₀. Il tient à l'énorme accroissement de la natalité, mais aussi à la revalorisation de l'Hôtel-Dieu aux yeux du public.

Enfin, il semble qu'un nombre élevé de praticiens refuse aujourd'hui la pratique de l'obstétrique.

-:-:-:-:-:-

- LES CLINIQUES -

En 1905 existaient deux cliniques chirurgicales, l'une possédant quatre lits, l'autre n'en ayant jamais eu dix.

Aujourd'hui, on compte trois cliniques : l'une de 70 lits, l'autre de 40 lits, la dernière de 30 lits. Ces cliniques sont chirurgicales, mais elles reçoivent occasionnellement des malades médicaux. Sans avoir toutes pour autant des chambres réservées à cet usage, elles reçoivent les parturientes, et nous avons vu que chacune d'elles emploie une sage-femme à temps complet.

Nous verrons l'incidence de cette présence sur l'activité du praticien.

-:-:-:-:-:-

- LES MOYENS D'EXERCICE -

Nous nous proposons de comparer les moyens d'exercice mis à la disposition du praticien.

Les moyens thérapeutiques ne seront qu'évoqués : si leur incidence est certaine, ils sortent du cadre de notre enquête.

Nous évoquerons seulement :

- les moyens de locomotion
- les télécommunications
- les possibilités paracliniques.

-:-:-:-:-:-

- LES MOYENS DE LOCOMOTION -

En 1905, l'automobile prend son essor, alors que le cheval ne veut pas encore disparaître. Les chevaux qu'utilisait le médecin étaient des trotteurs, en général des demi sang, dont le prix, bien que variable, se situait aux alentours de mille francs.

Leur allure, leur race, faisaient partie du prestige du médecin. Ces bêtes étaient utilisées pendant 3 à 5 années, et restaient la proie des accidents ou des maladies, ce qui les rendaient alors indisponibles pour un laps de temps en général assez long.

Leur entretien était assuré par le cocher qui conduisait la voiture, les pansait au retour des courses et s'occupait de la nourriture et de la litière. Il faut savoir qu'un demi sang, étant données les conditions de travail dans lesquelles il se trouvait, réclamait cinq kilos d'avoine, cinq kilos de foin et dix kilos de paille par jour.

A signaler l'importance des qualités et de la conscience professionnelle du maréchal ferrand, véritable bottier du cheval, à qui l'on avait affaire au moins une fois par mois. Le ferrage exigeait une mise en forme du fer aux dimensions exactes du sabot et non pas comme on a vu parfois, l'ajustage grossier d'un fer préfabriqué, voire même l'ajustage du sabot au fer.

Attelé et au trot, un cheval faisait trois lieues à l'heure. Ce trot pouvait être soutenu pendant presque toutes les courses,

à condition d'échauffer la bête au pas, dès le départ et de lui octroyer de temps à autre un instant de pas.

Certes, cette vitesse optimum répondait aux trajets en terrain plat et la moyenne horaire vraie était bien plus basse en terrain accidenté.

Les voitures étaient de deux types, suivant les saisons. En hiver on se servait du coupé, alors qu'en été on sortait la Victoria. Ces voitures étaient d'un entretien assez réduit, bien que les brancards en furent assez fragiles et les roues à réparer de temps en temps. Mais si le froid représentait leur inconvénient majeur, par contre leurs qualités étaient grandes.

Les trajets demandaient toujours un temps assez long, et pendant ce temps-là, le médecin se reposait. Il était conduit et il pouvait durant le voyage (ce terme, en désignant une visite, avait tout son sens), lire, penser, ou tout simplement dormir. Certains médecins possédaient deux chevaux, mais il semble que ce fut surtout le fait des praticiens de campagne.

En effet, en ville bien des visites se faisaient à pied, et d'autre part il existait des entreprises de louage, auxquelles on avait souvent recours lorsque le cheval était fatigué ou indisponible. On comptait cinq entreprises de ce genre à BLOIS et certaines possédaient jusqu'à trente chevaux et une dizaine de cochers.

Mais, à grand fracas, l'automobile balbutiait à cette époque et sa vulgarisation dès 1905 touchait le corps médical. Le type courant était la sept chevaux, dont le moteur à essence succèdait à peine à celui au pétrole. Ces angins, capotés ou non, ne possédaient pas de portières et leur confort laissait à désirer, bien que les pneus l'aient quelque peu amélioré.

Certes, on pouvait se procurer des limousines bien plus luxueuses et confortables, mais leur prix en faisait un véritable luxe et seul un chirurgien de la ville en possédait une.

Neuves, les sept chevaux valaient de sept à huit mille francs. Elles consommaient sept litres d'essence aux cent kilomètres. Cette essence coûtait alors 2 Fr 50 le bidon de cinq litres. Le kilomètre coûtait donc quatre centimes d'essence.

Leurs possibilités étaient certes plus grandes que celles du cheval, leur vitesse atteignant 40 Kms à l'heure. Mais là était leur seul avantage. Aussi froides et plus sales que la Victoria, elles réclamaient lunettes et peaux de bêtes.

Les suspensions inefficaces faisaient de la conduite sur mauvaise route une véritable acrobatie. Certaines fois, on était obligé de conduire debout. Mais surtout leur fragilité était grande. Leur allumage était la source de pannes en série. Les pneus, qui étaient inutilisables au bout de cinq mille kilomètres, étaient de mauvaise qualité et, de plus, mis à rude épreuve sur les routes empierrées. Les crevaisons se multipliaient et l'absence de roue de secours obligeait à la réparation sur place.

Les réparations mécaniques étaient bien moins fréquentes, mais leur coût était très élevé. En effet, les pièces de série étaient pratiquement inexistantes et les mécaniciens tournaient ou forgeaient souvent eux-mêmes certaines pièces. De ce fait, il existait de très gros frais de main-d'oeuvre.

Enfin, les techniques se modifiant d'année en année, les modèles évoluaient et les cours d'occasion étaient assez bas. Les reprises n'excédaient pas 4.500 Fr.

La bicyclette avait ses adeptes parmi les jeunes médecins. Elle était surtout utilisée en ville pour les visites peu éloignées. Elle ne l'était pas par contre, pour les visites de nuit, l'éclairage n'existant encore pas sur les cycles.

Il semble que son usage n'ait pas donné un rendement inférieur à celui de l'automobile toujours en panne. Et, sur les neuf kilomètres qui séparent BLOIS du petit village de Molineuf, après que l'automobiliste ait doublé dans un nuage de poussière, le cycliste aux prises avec la première côte, ils avaient toutes

chances de se rencontrer deux fois en chemin et d'arriver ensemble au bas de la descente de Molineuf.

Cependant la bicyclette portait atteinte au prestige du médecin et c'est peut-être pourquoi elle n'eut pas plus d'adeptes. La motocyclette fut elle aussi utilisée. Enfin, d'étranges engins virent le jour : ne vit-on pas un tricycle surmonté d'un parapluie les jours gris !

Ce bref tour d'horizon sur les moyens de locomotion se suffit à lui-même et n'appelle aucune comparaison avec ceux d'aujourd'hui.

Cependant, il semble bien que la motorisation, en accélèrant les véhicules, ait modifié le rythme de la vie et celui des pensées.

-:-:-:-:-:-

- LES TELECOMMUNICATIONS -

Le téléphone n'existant pas encore, les moyens d'appel du médecin étaient bien limités au début du siècle. Pour des visites éloignées, il arrivait que le médecin reçoive un télégramme. Mais la chose était assez rare et, en règle générale, on venait prévenir le médecin chez lui.

Ce fait est important, car le déplacement étant aussi long pour la famille du malade que pour le médecin, ils se retrouvaient sur ce plan à égalité.

Aujourd'hui, les choses sont bien différentes : le téléphone donne une situation privilégiée au malade qui n'a qu'à décrocher l'appareil. La facilité du geste entraîne la facilité de l'appel, sa répétition si le médecin tarde, l'appel du confrère si l'impatience l'emporte.

De plus, le téléphone a créé le conseil, voire la consultation téléphonée.

Cependant, certains praticiens, pour des raisons de commodité ou autres, sont encore plus à la portée de leurs clients en adaptant un radiotéléphone à bord de leur voiture.

-:-:-:-:-:-

- LES EXAMENS PARACLINIQUES -

Les examens de laboratoire n'existaient pas en pratique courante. Seules les recherches de sucre et d'albumine dans les urines étaient pratiquées par le pharmacien local.

La radiologie était à un stade expérimental. Et ce n'est qu'en 1907 qu'apparut à BLOIS le premier poste de radiographie. Il était la propriété d'un pharmacien qui pratiquait des clichés de qualité plus que douteuse.

Aujourd'hui, ces examens sont un complément très précieux, mais il semble que leur réputation soit un peu surfaite et que leur application perde parfois son vrai sens.

Nous verrons leur incidence sur l'acte médical.

Aux yeux du public, ces examens ont une grande importance -peut-être plus qu'à ceux des médecins, car les statistiques montrent que 67 °/₀ des praticiens ne demandent pas assez d'examens de laboratoire.

Cette opinion est encore le fait de certaines classes sociales, qui portent leur goût vers une médecine scientifique et qui sont touchées par l'effet psychologique produit par l'équipement d'un cabinet.

Si les paysans ou les ouvriers n'y attachent que peu ou pas d'importance, au contraire les professions libérales, les cadres, les fonctionnaires et les commerçants en font grand cas.

Le radiodiagnostic jouit, lui aussi, d'un grand prestige et combien de malades ne viennent-ils pas consulter "pour faire une radio".

Les rayons de toutes natures ne pouvaient que séduire tout le monde et l'on sait la consommation qui a pû en être faite. Ne voit-on pas d'ailleurs, chose significative, certaines ordonnances s'orner de plusieurs lignes prometteuses annonçant une batterie d'appareils aux ondes variées ? Certains dosages qui pourraient être occasionnels deviennent la demande majeure du public, leur traitement toujours long n'entraîne aucune impatience, leur répétition semble naturelle.

La prise de la tension devient à l'heure actuelle l'acte capital de l'examen à domicile, sans lequel un malade pense ne pas avoir été examiné.

Cet engouement pour la machine et ses mystères entre pour une certaine part dans le prestige du spécialiste.

-:-:-:-:-:-

- L'ACTIVITE MEDICALE -

Nous nous sommes penchés sur l'activité d'un médecin Blésois dont la clientèle était importante et nous avons relevé sur ses livres de comptes les actes pratiqués en 1905. Cette année représente l'activité optimum de sa clientèle, son installation ayant été faite en 1899.

Nous relevons une moyenne de 21 actes par jour. Ces actes se divisent ainsi.

- Consultations ..... 22 %
- Visites ..... 74 %
- Visites de nuit ... 4 %

Cette activité est continue. En effet, nous n'observons que très peu de variations saisonnières, celles-ci étant peut-être plus marquées en campagne.

Nous avons eu la surprise de constater que l'activité des dimanches et des jours de fêtes était tout aussi considérable, puisque la moyenne pour ces jours-là est de 20 actes. Les pourcentages de visites et de consultations restent les mêmes que ceux de la semaine.

Et c'est ainsi que le dimanche 1er Janvier 1905, ce médecin fit 14 visites, dont une de nuit. Le jour de Pâques, il

fit 8 visites, dont un voyage à 13 Kms de BLOIS. Enfin, nous avons noté, que les séances de vaccinations collectives dans les communes environnantes se pratiquaient le dimanche.

Nous avons pû de même évaluer avec précision le kilomètrage parcouru en dehors de BLOIS. La moyenne quotidienne fut de 20 Kms, pour atteindre 25 Kms les dimanches.

Ces chiffres n'ont que la valeur d'une moyenne, mais nous avons pû constater que ce médecin fit un jour 65 Kms. Nous ne pouvons fournir de chiffres précis en ce qui concerne les visites en ville. Celles-ci se faisaient, nous l'avons vu, parfois à bicyclette, souvent à pied. De ces chiffres, plusieurs conclusions s'imposent.

L'activité était considérable en valeur absolue. Elle l'était plus encore lorsque l'on considère que 78 °/₀ des actes étaient des visites. Et nous avons vu les possibilités des moyens de locomotion.

De plus, les visites de nuit ne représentaient que 4 °/₀ des actes. Ce faible pourcentage donne une idée fausse de l'activité nocturne. En valeur absolue, il représente un appel 4 nuits sur 5 (23 par mois). Enfin, nous n'avons pas noté de période de vacances annuelles et il semble que cette année là n'ait pas été différente des autres.

Le médecin commençait ses sorties en ville à 8 heures du matin, bien souvent il ne partait en campagne que dans la seconde partie de la matinée, ou l'après-midi. Les consultations se situaient au début de l'après-midi, mais bien souvent aussi à l'heure des repas, ceci pour plusieurs raisons : l'absence de lois sociales et de coutumes, interdisait aux travailleurs d'aller consulter pendant les heures de travail ; mais aussi, c'était à l'heure des repas que l'on était sûr de trouver le médecin chez lui.

Le retour des visites se faisait vers 20 heures. On peut

donc évaluer l'activité diurne à 12 heures de travail et ceci toute l'année.

Nous ne possédons pas de chiffres exacts permettant de donner une moyenne quotidienne des actes ainsi que leur pourcentage. Il semble néanmoins qu'une grosse clientèle fasse pratiquer plus de 21 actes par jour. Cependant nous avons vu la continuité de l'activité en 1905.

Si nous rapportons cette moyenne à l'activité actuelle qui comprend les repos dominicaux et ceux des jours fériés, elle correspond à 30 actes par jour. La fréquence des appels de nuit semble aujourd'hui plus faible. Les pourcentages de consultations et de visites ont notablement changé - bien que les visites restent plus nombreuses pour des raisons que nous verrons plus loin, les consultations sont une entité nettement définie. Elles ont lieu en général six fois par semaine et n'existent ni le dimanche ni les jours de fêtes.

Très rares le matin, elles se situent en général, en début d'après-midi et durent un peu plus de trois heures. Les horaires sont quelque peu différents ; les médecins de 1905 partaient plus tôt le matin et rentraient aussi plus tôt le soir.

Mais, fait important, à l'heure actuelle, les vacances annuelles sont la règle - Elles durent en général un mois l'été - Elles sont complétées par 15 jours de repos l'hiver.

Enfin, le système des tours de garde, assure en ville, du moins, un ralentissement de l'activité dominicale.

-:-:-:-:-:-

- L'ACTE MEDICAL -

Les moyens d'investigation étant pratiquement nuls, l'acte médical était très dépouillé. Il se réduisait à la clinique et le praticien établissait son diagnostic après un examen confié à ses seuls sens.

Ceux-ci avaient pris une acuité accrue et l'on doit considérer ces praticiens comme des maîtres de la clinique. Ils savaient rechercher des détails d'auscultation, palper avec grande finesse. Ils savaient aussi observer.

La prise de la tension artérielle n'existait pas encore. Mais il est un acte qui a disparu aujourd'hui de la pratique médicale et qui faisait alors partie de l'examen : il s'agit de la prise de la température. En effet, le thermomètre était un élément de la trousse du médecin et non pas de l'armoire à pharmacie du malade.

Signalons enfin, que les touchers se faisaient sans aucun doigtier. Cependant, la pratique courante était très étendue et le titre d'omnipraticien avait toute sa valeur.

Si les actes de petite chirurgie, la réduction des fractures avec des moyens de fortune, voire les curetages à domicile, peuvent encore sembler vraisemblables aujourd'hui, qui oserait pratiquer un acte de chirurgie pure ? Et pourtant plus d'une hernie étranglée fut débridée à la lueur de la chandelle sur une table de cuisine.

Il ne faut pas juger ces actes comme de folles entreprises : ces médecins savaient réduire, savaient opérer.

Les accouchements se pratiquaient tous à domicile. Cependant, leur nombre entrait peu dans la pratique courante, les sages-femmes en faisant beaucoup, souvent aidées mais parfois totalement remplacées par les matrones, dont le crédit restait très grand.

Il faut noter que les consultations prenaient plus de temps que les visites, où les malades étaient pratiquement tous alités. En effet, au cabinet, le déshabillage et le rhabillage des dames étaient une aventure faite de jupons et de corsets, qui réclamait de savantes et longues manoeuvres.

En cinquante ans, l'acte médical s'est notablement modifié, dans son fond et dans sa forme. La clinique n'a pratiquement pas évolué malgré les techniques et c'est sur ce plan que nous retrouvons aujourd'hui un point commun avec les praticiens d'hier. Mais il faut avouer que cette clinique disparait chaque jour davantage de l'esprit du praticien, telle qu'elle nous a été enseignée par nos maîtres dans les hôpitaux.

La disparition de la synthèse clinique semble être le fait de plusieurs facteurs intriqués. L'augmentation de la consommation médicale entraîne une activité réduisant le temps accordé à l'examen du malade. Un examen complet demande un certain temps que le praticien à forte clientèle ne peut plus assurer.

Il existe de ce fait une tendance à la pratique d'une médecine symptomatique qui est une pente facile et qui satisfait tout le monde. Cette tendance est renforcée par les exigences des malades qui entendent être guéris très vite et par les possibilités qu'offrent les moyens thérapeutiques.

Le diagnostic exact finit par devenir secondaire ; sa synthèse clinique disparaît en même temps. Il s'agit de guérir et de guérir vite, faute de perdre un client.

Mais aussi il faut évoquer la perte du sens clinique créée par les possibilités considérables apportées par le laboratoire et la radiologie.

Une fine auscultation pulmonaire devient chose secondaire quand un simple cliché peut livrer la clef du diagnostic. L'auscultation cardiaque minutieuse tend à disparaître au profit de l'électrocardiogramme qui devient trop fréquent.

Et pourtant White disait : "Il faut attribuer 50 °/₀ d'importance à l'interrogatoire, 30 °/₀ à l'examen clinique, 10 °/₀ à l'électrocardiogramme, 5 °/₀ à la radiologie et 5 °/₀ aux méthodes paracliniques et de laboratoire".

Ne peut-on craindre que, l'habitude aidant, certains ne sachent plus examiner vraiment un malade ?

L'acte médical s'est aussi modifié par l'évolution des techniques, qui a fini par interdire certains gestes qui étaient de pratique courante il y a 50 ans et qui sont devenus l'apanage des spécialistes. Et pourtant, quelques années plus tôt, au cours de leur internat, ces mêmes médecins ont été rompus à de semblables exercices.

De ce fait, l'acte médical courant se trouve très réduit, presque étriqué par les limites qui lui sont imposées.

Enfin, dans son esprit, cet acte s'est dégradé avec l'augmentation de la consommation médicale apportée par la Sécurité Sociale.

Le praticien est consulté, même appelé - et ceci extrêmement souvent - pour des affections plus que mineures, voire pour des questions d'ordre purement administratif. Le fait est grave car il place le praticien dans une position dégradante et dans un état d'infériorité qui altère son prestige et son rôle.

Enfin, la cotation unique, qui est dans l'esprit du législateur une valeur moyenne représentant un acte médical, met à pied

d'égalité l'arrêt de travail et le diagnostic le plus délicat.

Le C. finit par représenter le franchissement de la porte du cabinet de consultations et le V. le fait de pénétrer dans la chambre du malade.

Le problème des accouchements s'est très notablement modifié. La plupart des femmes acceptent d'aller accoucher en clinique et l'exercice est profondément modifié de ce fait. La longue attente auprès de la parturiente n'existe plus, la sage-femme surveillant le travail et prévenant le médecin au moment de l'expulsion.

La chose est importante, car elle permet au praticien de faire des visites ou de terminer sa consultation pendant toute la durée du travail. Le gain de temps est appréciable.

Enfin - et surtout - à la clinique le médecin se trouve dans des conditions valables pour opérer et peut parer à toute éventualité.

-:-:-:-:-:-

- LES RELATIONS ENTRE LE MEDECIN ET LE MALADE -

L'appel du malade était un acte de confiance totale fait à "son" médecin, et à lui seul. Cette confiance dépassait le cadre de la médecine ; en effet le praticien était le grand confident de ses patients et on faisait appel à son jugement sur des affaires de famille, voire d'intérêts.

Cette position assurait des rapports très cordiaux dont la résultante était une grande fidélité. Cette fidélité, dont le substratum était d'ordre purement affectif, se voyait renforcée par les difficultés de l'appel et par le prix de la visite entièrement à la charge du malade.

Certes, la médecine avait pour ennemis les croyances populaires et le crédit accordé aux guérisseurs, mais ces derniers sévissaient plutôt en campagne.

La notion de médecin de famille avait toute sa valeur et il se créait un climat au sein duquel le praticien se trouvait à l'aise parce que écouté, respecté, aimé.

Les esprits savaient être patients pendant la longue attente qui séparait l'appel de la venue du médecin et aucune réflexion n'était faite à ce sujet. Il semble qu'aujourd'hui les choses aient bien changé. Le public, tout en gardant au fond de lui le culte de médecin de famille, réagit bien différemment à son égard. Il est pressé et entend que le médecin apparaisse dès l'appel. Ce "signe de la sonnette" sonne le glas du prestige et

des contacts humains avec la clientèle.

Au second appel apparaissent les menaces ("s'il ne peut pas venir tout de suite on va en appeler un autre"). Et lorsque le praticien sera parvenu au chevet de son malade il faudra qu'il réclame, pour pouvoir ausculter, que l'on ferme la radio ou la télévision.

Mais, plus grave encore est la fausse connaissance de la médecine que présente le public. Celle-ci est consciencieusement entretenue par une vulgarisation médicale dont les méfaits ne sont plus à décrire. Disons simplement que la presse d'aujourd'hui fournit à ses lecteurs sept revues spécialisées dans le genre. De plus, certaines revues sérieuses consacrent chaque année un ou plusieurs numéros spéciaux à la médecine. Enfin, trois bimensuels et bien plus grave, deux hebdomadaires de très grande diffusion présentent dans chaque numéro un article de teinture médicale. La qualité des articles n'a pas à être jugée ici.

Certains sont très valables, d'autres sont nettement tendancieux. La radio et la télévision font des émissions de vulgarisation qui touchent considérablement le public.

Ces notions souvent mal comprises, mal interprétées, déformées viennent en un affreux mélange s'adjoindre aux croyances de toujours - que nulle télévision ne pourra d'ailleurs jamais déraciner.

Le résultat est très dangereux. Le public qui se croit bien renseigné attend du médecin un avis en concordance avec son opinion, un traitement immédiat, spectaculaire et au goût du jour. S'il est déçu il n'hésitera pas à chercher un confrère plus psychologue ...

Cette infidélité est un signe des temps, mais elle trouve aussi son essence dans les examens systématiques imposés par la médecine du travail, ainsi que par les contrôles de la Sécurité Sociale. Par ce système on a habitué le public à consulter plusieurs praticiens.

- LES HONORAIRES -

En 1905, le paiement à l'acte était déjà en vigueur et les syndicats avaient fixé des tarifs qui devaient être respectés par les médecins. Cependant, le paiement des honoraires se faisait encore bien souvent à l'année, à des dates fixées par les coutumes : au premier Janvier ou, en campagne, à la St Michel.

Mais, à cette époque, le nombre des impayés était important. Un pourcentage de 25 $^{0}/_{0}$ nous a été rapporté plusieurs fois par des praticiens de l'époque. A ce nombre d'impayés il faut ajouter les actes gratuits qui étaient nombreux. Les lois sociales étant inexistantes, les praticiens savaient donner leurs soins gratuitement aux nécessiteux et même parfois laissaient une pièce sur la table de nuit.

Certes, la "nomenclature syndicale" prévoyait des tarifs différents suivants les classes sociales. C'est ainsi que le prix de la consultation variait de 2 Fr pour la classe ouvrière à 5 Fr pour les classes aisées. Il existait un tarif intermédiaire de 3 Fr répondant aux classes moyennes.

Le tarif de nuit était en vigueur et il répondait à des horaires variables suivant les saisons : de 22 H à 7 H l'hiver ; de 22 H à 6 H l'été.

L'index kilométrique était aussi appliqué ; son tarif était de 1 Fr 25 le kilomètre.

Un accouchement valait de 50 à 200 Fr, mais s'il était difficile son prix était porté de 100 à 500 Fr.

Il existait donc une assez grande variabilité dans le prix de l'acte. Cependant, les questions de tarifs soulevaient déjà certains problèmes. La lutte contre le sous-tarif était déjà âprement engagée.

Mais aussi l'apparition des assurances et de leurs tarifs imposés entraînait de nombreuses récriminations au sein du corps médical.

Aujourd'hui, le paiement à l'acte est toujours en vigueur et il s'effectue, en général, à chaque acte. C'est la Sécurité Sociale qui a entraîné cette habitude, en réclamant un paraphe attestant le paiement de l'acte. Il est certain que les impayés sont, de ce fait, devenus fort rares.

Quant à la gratuité des soins, elle a disparu des pensées du praticien, la charité étant dispensée par l'Etat sous forme d'A.M.G. ou d'A. 115, par la Sécurité Sociale sous forme d'A.T.

Les tarifs ne sont plus fonction des possibilités de chacun, la Sécurité Sociale autorisant l'ouvrier et son directeur d'entreprise de dépenser autant en appelant leur médecin.

-:-:-:-:-:-

- LES IMPOTS -

En 1905, le système fiscal en vigueur, était celui créé par la Révolution. Il comprenait la patente, l'impôt foncier, la contribution mobilière et l'impôt sur les portes et fenêtres.

Les revenus n'étaient pas imposables et ce n'est qu'en 1914, que fût créé l'impôt sur les revenus, sur l'initiative de Caillaux.

Ainsi en 1905, les charges fiscales du médecin étaient très réduites. Nous ne pouvons faute de documents fournir un chiffre exact de leur montant. Cependant, les chiffres actuels, déduction faite de l'actuelle patente, donnent la différence entre les deux impositions.

Nous pouvons évaluer par un simple calcul le revenu actuel de cette clientèle blésoise dont nous avons chiffré l'activité. Cette évaluation est très grossière ; son but n'est pas de donner un chiffre exact qui risquerait de rester faux (ne serait-ce que par les visites en passant qui ne comportent pas d'index kilomètrique).

Nous pouvons évaluer l'activité à 7.500 actes durant l'année 1905. Les pourcentages que nous avons vus font que ces actes se divisent comme suit :

Consultations	1 650
Visites	5 550
Visites de nuit	300

ce qui, au tarif actuel, donnerait un chiffre d'affaires annuel de 75 000 NF.

- Les impôts pour cette somme, s'élèvent pour un père de deux enfants à 11.000 NF, soit 1.100 visites.

- La différence est donc considérable en valeur absolue, mais elle est sans incidence vraie sur le budget comparé, les impayés d'hier étant plus importants que les impôts d'aujourd'hui.

-:-:-:-:-:-

- LA VIE MONDAINE -

La profession médicale a toujours été entourée d'un certain prestige dont la réalité est allée en se modifiant depuis 50 ans.

L'honneur de la profession, ses caractères mêmes, le rang que tenait le médecin dans la société, avaient une incidence certaine sur son train de vie.

La tenue vestimentaire était des plus strictes, et si le haut de forme et la cravate blanche avaient vécu peu avant 1905, la redingote ou la jaquette restaient une règle que nul ne pensait transgresser, même à l'occasion d'un appel de nuit.

Et malgré l'intensité de la vie professionnelle dont les horaires ont été évoqués, les praticiens ne songeaient pas à se soustraire à certaines obligations mondaines, telles que les grands diners ou les grands bals annuels.

Le rôle de leur femme était très important sur ce plan. En effet, outre le rôle de maîtresse de maison et de mère, Madame était astreinte à des mondanités presque quotidiennes dans une petite ville de province. Elle avait son jour de réception, qui créait une grande agitation au sein des domestiques ; mais aussi elle devait rendre les nombreuses visites annuelles sans lesquelles il n'y avait pas de vraie bourgeoisie.

En aucun cas elle ne participait aux activités professionnelles de son mari, et ce point est important.

Ce train de vie était assez prenant, mais aussi il entrait pour une certaine part dans les frais de maison.

A l'heure actuelle, le temps des mondanités est passé pour le généralisme urbain. Les réceptions sont généralement plus dictées par l'amitié que par des nécessités mondaines. Ce sont les spécialistes qui ont pris la relève, mais dans un esprit différent d'il y a 50 ans ; il s'agit maintenant de cultiver les correspondants.

La femme du médecin a pris une part active à la vie professionnelle. Bien souvent elle répond au téléphone, s'occupe de la stérilisation, du courrier, du fichier, voire des aérosols et des ultra-sons. Parfois même, au début de l'installation, elle va jusqu'à ouvrir la porte aux clients, chose qui ne se serait jamais conçue il y a 50 ans.

Ainsi le train de vie s'est modifié en même temps que la profession se démocratisait ou que l'on voulait la démocratiser.

Certains d'ailleurs, peut-être pour être plus au contact de leur clientèle, affichent un laisser-aller vestimentaire qui n'est sans doute pas toujours prisé par les malades. Pourquoi faut-il que certaines visites de nuit se fassent en robe de chambre ? et certaines consultations d'été le col ouvert ?

-:-:-:-:-:-

- LA DOMESTICITE -

La maison d'un médecin, généralement vaste, réclamait un cartain personnel, qui peut nous sembler considérable aujourd'hui.

Le cocher se voyait attribuer de multiples fonctions. En effet, s'il participait à la vie professionnelle du médecin, il servait aussi souvent à table, et jardinait de temps en temps.

La cuisinière était parfois son épouse, elle était secondée par une bonne qui, entre autres tâches, ouvrait la porte. Enfin, l'existence des enfants réclamait parfois la présence d'une gouvernante.

Tout ce personnel était nourri, logé et recevait des gages, le cocher 30 Francs par mois, la cuisinière tout autant, la bonne 20 Francs.

Les rapports avec les domestiques étaient bien différents de ceux d'aujourd'hui ; il existait une intégration de ce personnel dans la vie familiale et un attachement réciproque.

La domesticité se réduit maintenant à la présence d'une bonne, difficile à trouver, plus encore à habituer aux impératifs de la vie professionnelle. Son temps de passage est souvent furtif et ses relations avec son employeur assez superficielles.

-:-:-:-:-:-

- LE BILAN FINANCIER -

Le livre de comptes de l'année 1905 possède à sa fin une récapitulation générale qui nous fournit les recettes de ce médecin, et par conséquent, son chiffre d'affaires.

Hélas, nous ne possédons pas la récapitulation des dépenses qui nous aurait permis de dresser un bilan financier précis.

Nous constatons que ce médecin a gagné cette année là 21.533 Francs or. A cette époque le prix d'une visite équivalait à 10 kilos de pain, ou à 5 heures de travail d'un chaudronnier (cinquante ans après, la même visite équivaut à 12 kilos de pain ou à 4 heures de chaudronnier).

Il nous est possible de calculer le chiffre d'affaires théorique comme nous l'avons fait au chapitre des impôts (avec toute l'imprécision que comporte le calcul). Il apparaît alors que ce médecin aurait dû gagner plus de 40.000 Francs or.

La différence est énorme, et même si elle est fausse, elle nous donne l'ampleur des impayés et des soins gratuits.

- Les principales dépenses étaient des dépenses domestiques.
- Au sein de celles-ci il faut compter les frais de nourriture de sa famille que doublaient ceux de la domesticité.

- Il est vrai que la vie était relativement bon marché à cette époque où un beau poulet valait cent sous.

- Les gages de ses domestiques étaient peu élevés et surtout dégagés de toute charge sociale dont on connait le poids.

- Ses dépenses professionnelles se limitaient à l'entretien des moyens de locomotion. En effet, il n'existait alors ni note de téléphone, ni de matériel électrique ou radiologique à amortir.

- Il semble cependant que les frais de déplacement aient été légèrement supérieurs à ceux d'aujourd'hui.

Nous avons vu au chapitre des impôts que la patente était la seule charge fiscale professionnelle ; le médecin payait en plus une cote personnelle mobilière que nous ne pouvons chiffrer faute de documents.

De ce bref bilan, nous pouvons conclure, que le médecin de 1905 avait des frais réels bien plus réduits qu'aujourd'hui, que le coût de la vie lui permettait un standing élevé, mais aussi que ses recettes étaient loin de correspondre au travail qu'il avait fourni, ce qui dans le cas contraire, aurait fait de lui un homme plus que fortuné.

Il est cependant certain que la stabilité monétaire lui laissait (pour peu de temps d'ailleurs) la possibilité de placer son argent d'une manière valable et que sur ce plan, sa position était bien plus avantageuse que celle de son confrère d'aujourd'hui.

-:-:-:-:-:-

- LES SPECIALISTES -

C'est précisément vers 1905 que les spécialistes ont fait leur apparition dans notre ville ; auparavant tous les médecins donnaient des lunettes et soignaient les otites. La plupart pratiquaient des amputations, soignaient luxations et fractures, débridaient au besoin une hernie étranglée. Si l'un d'eux pratiquait une chirurgie plus avancée, il n'en continuait pas moins à avoir une clientèle médicale, à faire du porte à porte et à visiter les grippés.

Lorsqu'apparurent les premiers "oculistes", oto-rhino-laryngologistes et chirurgiens, l'accueil fût plutôt réservé. La plupart pensèrent qu'ils allaient perdre des clients et les plus indulgents redoutèrent que le "nez-gorge-oreille" ne leur disputât les grippes et les angines.

La réponse fut simple : "nous prendrons, dirent les spécialistes un tarif double. Il sera nécessaire car nous verrons moins de clients. Il ôtera toute envie à vos clients de venir nous consulter hors les cas où ce sera indispensable".

Ainsi naquit le C2. Les arguments qui furent invoqués plus tard - uniquement pour les besoins de la cause - ont fait oublier ces origines mercantiles. Mais il n'est pas sans intérêt de situer à sa vraie place l'origine des rapports entre généralistes et spécialistes.

Les relations du généraliste et du spécialiste sont restées dominées par le caractère commercial qu'elles avaient à l'origine. Bien que leurs clientèles furent aussi importantes que celles des généralistes, bien que leurs études ne furent pas (toutes choses égales d'ailleurs) plus compliquées que celles des généralistes, les spécialistes ont gardé le principe du tarif double et, l'apparition de la Sécurité Sociale en créant le C2, a consacré cette prérogative.

Comment cette situation a-t-elle pu se maintenir ? Par l'action des spécialistes dont la présence est majoritaire dans les commissions diverses, dans les syndicats, dans les ordres ; mais aussi du fait de l'esprit public qui, à notre époque, a le culte du spécialiste, "ouvrier spécialisé" dit-on dans un certain milieu ! (Le généraliste serait un peu le "manoeuvre balai").

Le caractère exceptionnel de sa consultation, l'appareillage impressionnant, le prix plus élevé qu'on lui a toujours payé, tout cela contribue à faire admettre sans discussion par le vulgaire, son prestige incontesté.

Le chirurgien siège incontestablement au sommet de la hiérarchie des spécialistes. "Et pourtant la chirurgie est un métier comme un autre, et qui s'apprend comme un autre métier". (Professeur Mathé). On n'a jamais considéré dans les salles de garde parisiennes que les internes en chirurgie étaient plus intelligents, plus distingués, plus méritants que les internes en médecine.

Mais, pour le vulgaire, la mise en scène de l'opération, dans cette salle où nul profane ne pénètre, le geste de cet homme masqué "qui ouvre les ventres", exerce une influence fascinante. C'est ce que Leriche exprimait en écrivant : "Le chirurgien est tenté dangereusement de jouer l'artiste de fête foraine qui fait admirer ses prouesses à la foule étonnée".

Les résultats chirurgicaux s'appellent communément "les miracles de la chirurgie".

Or, les gens qui dans les organismes administratifs, voire ministériels - et au maximum inégalé dans les conseils d'administration de la Sécurité Sociale - sont les interlocuteurs des syndicalistes médicaux, sont des vulgaires incontestables, et souvent prêts à s'en prévaloir pour justifier leur position. On comprend que leurs interlocuteurs médicaux réussissent aisément à les convaincre.

Les rapports entre spécialistes et généralistes restent dominés par des impératifs commerciaux. La dichotomie chirurgicale généralisée au lendemain de la guerre de 1914 a changé de nom. Elle s'appelle aide opératoire. Or, il se trouve précisément qu'actuellement le chirurgien a son aide attitré, son anesthésiste et que le médecin traitant a terminé son rôle (sinon théoriquement, mais dans les faits), à l'entrée du malade à la clinique.

Mais il se trouve qu'à aucun moment de sa carrière harassante, pleine de difficultés de toutes sortes, le praticien ne gagne jamais autant d'argent ni aussi vite, que lorsqu'il attend, assis sur un radiateur la pose du dernier point de suture.

Le choix du spécialiste par le généraliste n'est cependant guère commandé par des questions d'argent, car les tarifs sont les mêmes ici ou là. Il s'inspire d'amitiés personnelles, de sympathie d'homme à homme. Le spécialiste s'efforcera de cultiver cette sympathie par des amabilités de toutes sortes, par des invitations à diner, par des cadeaux aux naissances et aux mariages. Le dernier procédé en usage est l'emploi du tutoiement. Un chirurgien dans le mouvement dit "tu" à la moitié au moins des médecins de sa circonscription ...

Il est assez curieux de noter que cet usage s'est instauré dans les mêmes temps où un Patron parisien a cessé de tutoyer ses camarades d'internat installés en province, et où l'usage du cher collègue entre internes de Paris, n'est plus qu'un cher confrère dans la correspondance des Maîtres parisiens avec les anciens internes de province.

D'une façon plus générale les relations entre les Maîtres parisiens et les médecins praticiens, a subi une incontestable évolution. Au début du siècle la consultation à Paris était infiniment plus rare car, les Loir-et-Chèriens de l'époque étaient pour la plupart assez stables. La venue du parisien en consultation était par contre plus fréquente semble-t-il ; elle se justifiait par l'existence des maladies de longue durée si fréquentes et qui mettaient à rude épreuve - hors le malade - la famille et le médecin.

Il y avait bien quelques étapes qui permettaient de gagner du temps, par exemple la coupe de cheveux du beau sexe, ou l'épandage de paille dans la rue devant la maison du malade. Ces pratiques ont disparu, bien que la circulation n'ait point diminué.... Elles passaient comme très publicitaires pour le médecin traitant dont toute la ville pouvait constater qu'il y avait là un malade hors série.

Les relations actuelles entre les Professeurs Parisiens et les praticiens de province ne paraissent pas apporter toujours au malade le bénéfice qu'on pourrait raisonnablement en attendre. Il est difficile de faire venir un maître en consultation. Même pour 160 Kms, il y a une grande demi journée à perdre et à inclure brutalement dans les rendez-vous. Le prix légitime - ou non - reste élevé pour bien des malades. Enfin, la médecine devenue plus complexe dans ses modes de recherche, s'accomode mal d'une simple visite au lit du malade.

Ainsi ceux qui devraient être les guides, les consultants aimés, ont perdu le contact avec le vulgaire.

D'autres ont pris la relève : ce sont les spécialistes que commande l'appareillage. Les époques en connaissent différentes variétés. Le radioscopiste a fait long feu car actuellement tous les médecins de campagne ont un appareil.

Par contre, la vogue est à l'électrocardiographiste et il n'est pas une jambe enflée qui échappe à son empire.

- LES SYNDICATS -

- LE CONSEIL DE L'ORDRE -

Les médecins ont éprouvé très tôt le besoin de se grouper. Nous avons sous les yeux un "Réglement" - manuscrit - de "l'Association Médicale de Loir-et-Cher", datant de 1845. L'association se propose "de travailler à développer le sentiment des droits et des devoirs du corps médical, de protéger ses intérêts scientifiques, moraux et matériels" ... La cotisation était de 10 Francs par an.

On trouve déjà là un programme qui ne devait guère varier par la suite, sauf dans ses modalités de réalisation. Un détail à noter : l'association groupe médecins et pharmaciens, l'un de ceux-ci fait statutairement partie du bureau. L'assemblée générale a lieu à BLOIS, le premier jeudi de Juin : cette époque de beau temps est justifiée par les exigences de transport et cette date du jeudi est sans importance pour des gens qui travaillent autant le dimanche que les autres jours.

Ce n'est qu'en 1909 que les réunions eurent lieu le dimanche après qu'on eut décidé - avec l'institution du repos hebdomadaire - de pratiquer le dimanche un tarif double.

Vers 1903 se situe l'organisation en société de Secours Mutuels et vers 1907 la création du Syndicat Médical. Quelques médecins refusèrent d'adhérer au syndicat, et il est incontestable

que l'apparition du syndicat introduit le fer dans la profession libérale.

A la loi de l'offre et de la demande se substitue la notion de tarifs à respecter et la pression en quelque sorte légale de l'organisme syndical sur ses adhérents.

A la vérité, le changement fut surtout dans la forme. Dans des réunions souvent tenues au domicile d'un confrère, quelques médecins continuèrent à s'entretenir de la lutte contre les illégaux (qui tenait une grande place dans leurs préoccupations), mais aussi du tarif imposé par les compagnies d'assurances contre les accidents du travail et les progrès de la mutualité avec ses tarifs de misère ; tarifs de misère que les médecins regimbent à accepter depuis que les mutualistes ne sont plus exclusivement des pauvres gens.

Il est inutile d'insister ici sur les préoccupations et les activités des Syndicats médicaux à l'heure actuelle. Qu'il nous suffise de signaler quelques détails, qui sont peut-être locaux (?).

La direction du Syndicat appartient aux spécialistes et en particulier aux chirurgiens. Les assemblées générales sont d'une extrême confusion. Les hurlements d'une bonne bande de braillards rendent tout travail sérieux impossible. Elles se tenaient récemment encore le dimanche après-midi. Elles ont lieu actuellement après le diner, ce qui permet à la salle de se vider plus vite quand l'heure avance et au bureau de faire voter à la sauvette ce qu'il désire.

Les syndiqués sont peu actifs si on les considère individuellement : c'est-à-dire qu'ils ne sont pas des militants, mais au fond d'eux-mêmes plutôt des désabusés. Peut-être, pour un certain nombre, sont-ils surtout préoccupés de voir quel profit personnel ils tireront d'une situation qu'ils regardent évoluer.

L'apparition de l'Ordre des Médecins a suscité chez certains de grands espoirs : ils ont cru qu'il pourrait apporter dans l'exercice de la profession et dans les moeurs médicales des réformes qui s'avéraient indispensables et dont ils espéraient qu'elles seraient le salut de la profession libérale.

Or, l'Ordre est un échec à l'échelon départemental.

Les raisons en sont multiples.

La lutte pour s'emparer de l'Ordre a été immédiatement une compétition de cliniques chirurgicales. L'Ordre des médecins s'est assimilé à un Syndicat, mais un syndicat armé du glaive de la Loi. Les pouvoirs publics demandant toujours - pour éviter toute responsabilité - l'avis de l'Ordre qu'ils suivent toujours pour toutes désignations d'emplois, de postes, de faveurs ou de fonctions ; on devine l'utilisation qu'on peut faire d'une telle machine auprès des praticiens.

Le Conseil de l'Ordre de Loir-et-Cher comprend à peu près autant de spécialistes que de généralistes : ces derniers sont le plus souvent obscurs et sont les créatures des précédents. Car il n'y a pas de candidats à l'Ordre en dehors des dirigeants : il faut provoquer les candidatures. Mieux vaut s'incliner devant la terreur qu'inspire un dictateur et tâcher d'en tirer profit plutôt que de le heurter.

Le Conseil régional est composé avec des membres du Conseil départemental, ce qui leur permet - commodément - d'être à la fois juge et partie.

Les jugements du Conseil régional sont réglementairement secrets. Cette formule permet d'étouffer toutes les vilenies des admis et de soulever tous les sous-entendus possibles contre les adversaires ou les indociles. Malgré ce secret, un hasard curieux nous a permis de connaître trois des sentences rendues ces dernières années. Les voici :

1°) - Non paiement de la cotisation : deux mois de

suspension.

2°) - Vente d'antibiotiques périmés provenant d'échantillons demandés au fabricant : un mois de suspension.
(A noter que le Tribunal Correctionnel a été plus sévère).

3°) - Compte habituel de deux visites pour une en accident de travail : avertissement.

Cette hiérarchie des sanctions se passe de tout commentaire.

-:-:-:-:-:-

- CONCLUSIONS -

1° - L'augmentation du nombre de médecins blésois n'est que le reflet de la fonctionnarisation et de la spécialisation. En cinquante ans, le nombre des généralistes n'a fait que suivre l'augmentation de la densité de la population, et ce, même avec un certain retard.

2° - La tâche des médecins au début du siècle était aussi considérable qu'aujourd'hui. Elle s'effectuait sans relâche, (les vacances et les jours de fête étant inexistants), avec des moyens rudimentaires qui entraînaient une fatigue certaine, mais sûrement moins de hâte et de précipitation qu'aujourd'hui.

3°) - La forme d'exercice obligeait le médecin à être vraiment un omnipraticien. La grandeur de cette position le laissait seul face à la maladie et au malade. Il ne pouvait espérer le concours ou le secours du laboratoire, de la radiologie ou des spécialistes.

Aujourd'hui, il est dans la position contraire, et il est en train de perdre son rôle de chef d'orchestre.

Devenu médecin de quartier alors qu'il était médecin de famille, ses contacts humains avec la clientèle se sont profondément modifiés, et il se doit de ne plus attendre

d'elle la confiance totale ou la solide fidèlité d'antan.

4° - Il semble que les revenus nets soient sensiblement équivalents, mais, alors qu'en 1905 les économies étaient possibles, leur réalisation et l'organisation de la retraite offrent aujourd'hui plus de difficultés.

5° - Le train de vie s'est modifié en même temps que la profession s'est démocratisée. Tel est le lot de toutes les professions libérales.

6° - Le syndicalisme n'aura jamais été le fait du corps médical et sa réalité tient à l'activité d'un nombre restreint de ses membres.

-:-:-:-:-:-

Vu, le Président de Thèse :
Professeur M. GAULTIER

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]